

378

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 Mai 1901, à 1 heure

PAR

PAUL DUGUÉ

Né à Flers (Orne) le 13 Janvier 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

l'Epithélioma de la Lèvre inférieure

Président : M. LE DENTU

Juges : MM.

{	M. BOUILLY.
	M. RICHELOT.
	M. THIERRY.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Paul DELMAR

23 BIS, RUE DES ÉCOLES

1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'EPITHELIOMA DE LA LÈVRE INFÉRIEURE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 Mai 1901, à 1 heure

PAR

PAUL DUGUÉ

Né à Flers (Orne) le 13 Janvier 1873

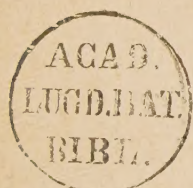
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

l'Epithelioma de la Lèvre inférieure

Président : M. LE DENTU

Juges : MM. { M. BOUILLY.
M. RICHELOT.
M. THIERRY.



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Paul DELMAR

23 BIS, RUE DES ÉCOLES

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
Clinique des maladies des enfants.....	HAYEM.
Clinique des maladies syphilitiques.....	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GRANCHER.
Clinique des maladies nerveuses.....	FOURNIER.
	JOFFROY.
Clinique chirurgicale.....	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	{ DUPLAY.
Clinique des voies urinaires.....	{ LE DENTU.
Clinique d'accouchement.....	{ TILLAUX.
	{ PANAS.
	{ GUYON.
	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LETULLE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
ANDRE.	GAUCHER.	MARFAN.	VAQNEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA AUG.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA ANDRÉ.	HARTMANN.	ROGER.	WALTER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILLAU.	WEISS.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	WURTZ.
DESGREZ.	LEJARS.		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous ne saurions nous empêcher d'exprimer notre profonde gratitude à nos chers parents, les remerciant du fond du cœur de tous les sacrifices qu'ils se sont imposés si généreusement pour nous permettre d'arriver au résultat désiré.

La thèse pour le Doctorat en médecine est en quelque sorte le dernier adieu de l'élève à l'Université qui a été pour lui pendant plusieurs années une seconde famille.

L'usage, un usage touchant, veut qu'il en profite pour payer à ses maîtres un juste tribut de reconnaissance. Qu'il nous soit donc permis d'adresser l'expression de notre vive reconnaissance à M. le Professeur Le Dentu qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

Nous voudrions trouver des paroles assez émues pour témoigner à M. le Docteur Barth, médecin à l'hôpital Necker, la profonde gratitude et la respectueuse affection qui sont dans notre cœur.

Nous n'oublierons jamais les conseils éclairés que nous avons puisés dans les leçons de M. le Dr Barié, médecin à l'hôpital Laënnec.

Nous adressons également à MM. Chapus et Lejars,

chirurgiens des hôpitaux, l'hommage de notre profond respect en souvenir de leur haut enseignement.

Nous remercions avec une égale sincérité M. le docteur Bonnaire pour sa bienveillance à notre égard et nous emporterons un précieux souvenir des leçons obstétricales qu'il a bien voulu nous donner auprès de ses malades.

Pour en finir avec ces besoins du cœur, si naturels à l'étudiant qui s'éloigne, qu'on nous permette d'envoyer une dernière marque de sympathie à nos amis M. Vivier, interne des hôpitaux, et à M. le docteur Raymond Petit, qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils.

INTRODUCTION

Dans le cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion d'observer un assez grand nombre d'épithéliomas de la lèvre inférieure. Nous avons toujours été frappé de l'apparente bénignité de cette affection et des désordres graves auxquels elle aboutissait cependant après un temps plus ou moins long. C'est pourquoi nous avons choisi ce sujet pour notre thèse inaugurale. Nous n'avons pas la prétention d'émettre des idées nouvelles et de refondre une question déjà bien connue, mais nous tâcherons de résumer, de condenser les notions acquises sur ce sujet. Nous insisterons sur le diagnostic, car c'est lui qui arme le chirurgien et permet l'intervention usitée, c'est-à-dire précoce. Et nous montrerons que malgré cette intervention précoce, la récurrence est fréquente et grave. Tous les malades que nous avons vus ont eu une récurrence. L'un deux, opéré deux fois, a présenté une lésion relativement rare. Une fracture spontanée du maxillaire inférieur, due à l'envahissement de cet os par la néoplasie épithéliale.



HISTORIQUE

Dans l'antiquité, les Grecs et les Arabes ne disent rien de précis sur le cancer des lèvres, ce n'est qu'à l'époque de la renaissance de l'art chirurgical, dans Guy de Chauliac, dans Théodoric et dans Roger de Parme et surtout dans Ambroise Paré, que nous trouvons quelques notions exactes sur cette maladie. Paré, le mettait à côté du cancer du sein, ce qui suffit pour indiquer l'idée que cet homme si perspicace se faisait de sa nature. Cependant, on peut lui reprocher d'avoir confondu le cancer ulcéré des lèvres avec le chancre et le lupus, si toutefois, à pareille époque l'erreur pouvait être évitée.

En 1757, Ledran, dans son beau travail sur le cancer, reconnaît la nature maligne du cancroïde des lèvres, tandis que bien plus tard Bayle, Boyer et Bérard déclarent que le cancroïde est une affection bien moins dangereuse que le cancer, que souvent même on peut en obtenir la guérison radicale.

L'anatomie pathologique a été étudiée par Ecker, Rokitsky, Bruchs, Lebert ; on a admis longtemps la

différence entre le cancroïde et le cancer. Cela nous mène jusqu'à Billroth et Brun. Actuellement, on sait bien que le cancroïde est bien un véritable cancer et se comporte au point de vue clinique comme tel.

ÉTIOLOGIE

Fréquence.

Le cancer de la lèvre inférieure est fréquent. Si l'on en trouve peu d'observations dans la science, c'est que bien souvent ces cancers sont relativement bénins et que l'on juge inutile d'attirer l'attention sur des tumeurs que l'on a guéries sans récidives par simple excision. Nous ne nous occupons pas de celui de la lèvre supérieure, il est d'une extrême rareté. « J'ignore si le cancer occupe jamais la lèvre supérieure, dit Sabatier, mais je ne l'ai rencontré qu'à l'inférieure. » Ce que l'on observe à la lèvre supérieure, ce sont les petits cancroïdes sébacés et sudoripares qui y sont plus fréquents qu'à l'inférieure, mais nous voulons étudier les épithéliomas qui se développent à la bordure cutanéomuqueuse.

Sexe

De tout temps, on a noté l'extrême rareté du cancer des lèvres chez la femme. Ericksen prétendait qu'il n'en avait jamais vu. On en connaît cependant un certain nombre d'exemples. En 1892, le *British medical*

Journal en a publié toute une série, et dans plusieurs, le diagnostic avait été vérifié par l'examen histologique. Dans un cas publié par Herbert Barclay, la malade fumait, habitant dans la montagne, loin de toute autre habitation et restant seule pendant les absences de son mari, qui duraient des semaines, elle cherchait une consolation dans la pipe. Ceci nous démontre l'influence du tabac, sur laquelle nous reviendrons du reste tout à l'heure.

Si l'on consulte les statistiques, on sait que les femmes sont aux hommes comme 1 est à 7, 6, pour ce qui concerne la fréquence comparative de l'épithélioma de la lèvre inférieure. Ce rapport prouve bien que, quoique les femmes soient moins exposées que les hommes aux cancroïdes des lèvres, elles sont loin cependant d'en être préservées complètement ainsi que veulent bien le dire certains auteurs.

On ne peut qu'émettre des hypothèses pour expliquer cette singularité. Il est probable cependant que cela tient à ce que les lèvres de la femme sont en général, moins irritées par le tabac, les liqueurs fortes, que celles de l'homme. Peut être aussi cette force mystérieuse qui pousse certains éléments anatomiques à s'accroître d'une manière anormale, tend-elle à se porter sur d'autres organes chez la femme.

Age

C'est le plus souvent chez des individus âgés que l'on rencontre cette affection ; il est rare d'en constater le développement avant cinquante ou soixante ans.

Cependant, on cite quelques cas survenus pendant la jeunesse, et Gangolphe, par exemple, a opéré un jeune malade de quatorze ans atteint d'un épithélioma labial. Le même auteur rapporte avoir observé un cas de ce genre dans le service de Tripier.

C'est à partir de 30 ans que la maladie commence à se montrer en général, et alors sa fréquence continue à s'accroître jusque dans la vieillesse la plus avancée, quoique cependant, d'une manière absolue, il se présente beaucoup moins de malades à la période ultime de la vie.

Hérédité

L'hérédité est une cause dont l'influence mérite d'être consignée. Dans la thèse de Heurtaut, nous trouvons 11 cas où l'hérédité est retrouvée. C'est du reste une loi générale sur le cancer, on ne peut affirmer l'influence mais elle peut être discutée.

Profession

Si l'on parcourt les observations d'épithélioma des lèvres, on voit que les habitants des campagnes sont plus

exposés que les autres. Cela tient-il à la malpropreté des habitants des campagnes ? Cela ne semble pas probable, car à ce point de vue, les ouvriers de Paris n'ont rien à envier aux campagnards, mais il y faut peut-être voir l'effet des intempéries atmosphériques, de la pluie, du soleil, du froid qui, faisant sans cesse gercer la peau des lèvres y créent des fissures qui peuvent jouer un rôle dans le développement du cancer. C'est un fait banal dans l'étiologie du cancer de voir une excoriation simple à l'origine du mal. Le tempérament ne semble pas avoir beaucoup d'influence. Cependant, notons qu'en général ce sont les gens à visage coloré, à pommettes sillonnées d'arborisations veineuses qui viennent montrer des épithéliomas de la lèvre.

Climat

Le cancroïde labial paraît être une affection très rare dans le nord de l'Europe, dans la Russie septentrionale, en Norwège et en Suède. M. Rossander, chirurgien en chef du grand hôpital de Stockholm dit : « le cancroïde de la lèvre est une maladie très rare en Suède. De 1850 à 1859, 2,200 opérations ont été faites et là-dessus on trouve seulement 10 cancroïdes de la lèvre.

Il paraît de même très rare en Prusse. A l'hôpital de Laybach, d'après Melzer, il est entré, dans une période de soixante-deux ans, 27,800 malades sur lesquels on trouve 142 cas de cancer des lèvres.

Par contre, la maladie paraît assez fréquente en Angleterre si l'on constate les statistiques anglaises.

En France, la proportion est beaucoup plus considérable, peut-être le maximum de fréquence est-il aux environs de Lyon, à Paris on en voit proportionnellement moins. Le canéroïde semble à peu près inconnu en Afrique, si bien qu'on doit probablement rechercher la cause dans les habitudes des races du centre de l'Europe.

Irritations diverses

Le séjour sur la lèvre de matières malpropres et irritantes mérite d'être signalé comme influence étiologique. On remarque en effet que l'épithélioma de la lèvre inférieure est plus rare chez les gens appartenant à la classe aisée, et qui, soigneux de leur personne entretiennent une propreté convenable sur la région labiale. Il est au contraire très fréquent chez les ouvriers dont la profession engendre la malpropreté ou chez les cultivateurs de certaines contrées où l'hygiène est bien retardée. Burin, dans sa thèse, a montré que dans certains départements méridonaux, et notamment l'Aveyron, la Lozère et l'Ardèche où les habitudes de propreté sont à l'état rudimentaire, la répétition des mêmes causes d'irritation dans les même points expose aux mêmes résultats. Les sujets atteints d'irritation herpétique aux lèvres, et qui, cédant trop facilement au prurit, excitent les parties

atteintes avec les ongles sont prédisposés à cette affection. Les individus sujets aux démangeaisons épithéliales et qui contractent l'habitude de se dépouiller le bord des lèvres avec leurs dents sont exposés au même mal. Lassus (Path. clinique, t. I) cite l'exemple d'un homme dont la profession consistait à engraisser de la volaille et qui, soufflant des grains dans le bec de ces animaux, se mordait continuellement au même endroit. Il se développa en ce point un ulcère cancéreux.

Un cas plus commun est celui des individus qui, ayant des dents gâtées, déchaussées, déviées et irrégulières sont exposés à ressentir dans un point constamment le même du contour de l'orifice buccal, une irritation qui produit d'abord un ulcère simple et, plus tard un cancer épithelial.

« On ne le voit survenir » dit Sabatier, « qu'à ceux qui ont passé la première jeunesse et qui n'ont pas été à portée de s'occuper des soins de propreté que les personnes qui vivent dans l'aisance négligent rarement.

Tabac

Nous arrivons à la cause locale la plus incriminée pour le cancer de la lèvre inférieure, c'est l'habitude de fumer avec excès. Roux à Paris, et Lallemand à Montpellier, rappelaient souvent dans leur enseignement la réalité de cette influence étiologique. Leroy d'Etiolles, père, à qui on doit une statistique de l'affection cancéreuse a fait

une part importante à l'habitude de fumer, et depuis lors, cette influence étiologique mentionnée aujourd'hui par la plupart des auteurs contemporains s'est renforcée par de nombreux témoignages venus de tous côtés. Aussi a-t-on proposé pour cette affection le nom de cancer des fumeurs.

Il n'est pas douteux que le cancer des lèvres et des autres parties de la bouche ne soit devenu plus fréquent depuis que l'habitude de fumer s'est non seulement répandue d'une manière très générale, mais qu'elle s'est aussi accrue chez les individus qui l'ont contractée. Si l'on compare à cet égard les tableaux de consommation de tabac en France seulement, depuis le commencement du siècle dernier jusqu'à maintenant. On se convaincra que c'est surtout depuis 1830 que l'usage du tabac à fumer s'est généralisé d'une façon extraordinaire. Or il est à remarquer que le nombre des cancers labiaux est devenu plus considérable à mesure que l'invasion de l'habitude qui provoquait cette maladie faisait du progrès.

Cette lésion était assez rare avant l'époque contemporaine. On peut, en lisant les écrits de Sabatier, Leveillé, Boyer, Richerand, Delpech, se convaincre que le cancer des lèvres n'est pas noté comme prédominant eu égard aux cancers des autres régions, il n'en est pas de même actuellement.

Le siège du cancer est le bord libre de la lèvre inférieure au dommage de la commissure. Or c'est là que le

fumeur place habituellement sa pipe, son brûle-gueule, (pour employer l'expression énergique du peuple). Il se produit en face de ce point une véritable usure sur le bord des dents, et, le tuyau de la pipe, toujours un peu incliné en bas, appuie sur le même point de la lèvre, la soumettant à une excitation lente et presque continue. Ajoutons à cette irritation mécanique, la brûlure chronique causée par la chaleur du tuyau. Cela nous explique que c'est généralement au point de contact de la pipe que se développe l'épithélioma.

Les sujets des classes inférieures qui fument la pipe à tube court et du tabac de mauvaise qualité, présentent des épithéliomas labiaux à un âge moins avancé que les riches qui fument des cigares délicats, les longues pipes, et qui neutralisent du reste par des soins hygiéniques les effets locaux de la combustion du tabac.

Toutes ces raisons montrent bien l'influence du tabac sur le développement du cancroïde labial, mais il y a cependant un fait bien certain, c'est que, un grand nombre de malades atteints de cancroïde aux lèvres ne fument pas ou fument si rarement qu'on ne peut attribuer leur mal à cet usage. Quelques fumeurs présentent leur cancer du côté opposé à celui où ils tiennent habituellement leur pipe. Enfin ce qui est encore plus caractéristique, c'est que dans une localité du Finistère « où presque toutes les femmes fument le brûle-gueule, M. Lemarchand a vu une centaine de cancroïdes de la lèvre

inférieure chez les hommes, et jamais il n'en a observé chez les vieilles femmes » (Heurtaux).

Tout cela prouve que l'influence du tabac n'est pas seule à invoquer. Songeons de plus à l'immense quantité des fumeurs et à la proportion vraiment petite de cancers labiaux. Cela doit nous conduire à rechercher s'il n'y a pas un intermédiaire entre le tabac comme cause et le cancer comme effet. Relevons les observations du cancer de la lèvre inférieure ; quand les lésions ont été observées au début on a bien souvent noté la présence antérieure de la leucoplasie buccale. Nous citons une observation personnelle (obs. 2) où le malade présentait une leucoplasie typique avec un cancer de la lèvre inférieure. Et l'on peut se demander si, à la lèvre comme à la langue, le tabac n'agit pas en déterminant cette prolifération chronique d'épithélium qui caractérise la leucoplasie buccale et alors, par suite d'une déviation dans la genèse de cet épithélium, un beau jour la tumeur se trouve constituée.

Nous ne terminerons pas ce long chapitre sur l'étiologie sans dire deux mots de la contagion possible. Guérmonprey et Cartyl l'invoquent, les observations ne sont pas probantes et il est prudent de maintenir la réserve sur la contagion de ce cancer comme de tous les autres.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'épithélium se groupe sous une forme particulière, à laquelle on a donné le nom de *papillaire* ; c'est une série de cônes, de tubes, de cylindres juxtaposés. Le tube touche le tube, ils se pressent les uns contre les autres, en quantités plus ou moins considérables, suivant l'étendue de la lésion ; ces cylindres, ou plutôt ces papilles, ne sont nullement les papilles de la peau ; si c'étaient ces dernières, il faudrait que ces papilles fussent renversées. C'est, en général, au centre du canéroïde que ces tubes papilliformes présentent le plus de longueur, parfois ils peuvent mesurer jusqu'à 1 ou 2 centimètres d'étendue ; leur largeur est variable, de même que leur longueur ; ordinairement elle ne dépasse guère 2 ou 3 millimètres ; la base est tournée du côté de l'ulcération ; leur sommet plonge dans la couche intermédiaire à la lésion et au tissu sain ; sa plus grande longueur se remarque habituellement au centre du canéroïde, et va en diminuant jusqu'à la périphérie, où elle présente toujours au moins 3 ou 4 millimètres. Quant à la largeur, elle est presque invariablement la même soit au centre, soit à la circonférence.

Toutes ces papilles, quoique juxtaposées, ne sont pas

toujours parallèles entre elles ; elle s'entre-croisent souvent, de sorte qu'il y en a dans la même tumeur de verticales, d'horizontales, d'obliques ; mais leur sommet se dirige invariablement du côté des tissus sains. Cependant on pourrait leur trouver une sorte de régularité dans leur direction générale ; elles se dirigent toujours dans le même sens que les espaces du corps muqueux interpapillaire, qui a été primitivement atteint, que ce soit la peau, que ce soit une muqueuse sur laquelle ait débuté l'ulcération.

Entre elles, que trouvons-nous ? Des vaisseaux, des capillaires qui s'insinuent, qui se subdivisent, viennent ramper en général à la périphérie des cylindres, et pénètrent quelquefois jusque dans leur intérieur. Une trame conjonctive d'un tissu dont l'évolution est plus ou moins complète, accompagne la plupart du temps les capillaires, et leur compose une sorte de squelette.

D'autrefois, au milieu d'espaces papilliformes, on rencontre des amas d'une substance jaunâtre plus ou moins cohérente, grasseuse, qui souvent reconnaît comme origine la dégénérescence d'éléments ou de tissus circonscrits par l'altération ; ils se rapprochent par leur nature de la zone intermédiaire dont nous nous occuperons plus loin.

D'autres fois encore, mais ceci est plus rare, à la place d'amas grasseux, il peut s'accumuler des amas de pigments.

La matière qui constitue ces papilles a une cohésion assez marquée, elle varie de consistance et d'aspect, suivant le moment où l'on examine la tumeur.

Aussitôt après son ablation, la cohésion est très grande ; on n'écrase pas facilement cette matière qui, douze ou vingt-quatre heures après, se réduira facilement en pulpe, et donnera au toucher une sensation onctueuse et même suiffeuse. La couleur, qui est d'un gris rosé, deviendra nettement blanchâtre.

Enfin, nous le répétons, la disposition papilliforme se prononcera pendant une certaine période, de plus en plus, à mesure que les sucs s'évaporent ou seront absorbés par un reste de vitalité des éléments.

Tout autour, les tissus ne sont pas dans une intégrité absolue ; la peau, la muqueuse, le tissu conjonctif, tout est frappé dans une certaine étendue.

Peau. — Si l'on sectionne la tumeur perpendiculairement au plan qui forme l'ulcération, une chose tout d'abord frappe le regard, c'est l'amincissement considérable de la peau qui entoure cette ulcération, amincissement poussé à un tel point que le tégument n'est formé à ce niveau que par la couche épidermique seule, tout le reste ayant été détruit par la maladie.

Sous cette zone épidermique et plus en dehors, on voit le derme formant une seconde zone située en retrait de la première, et terminée par un rebord coupé en biseau du côté de la tumeur. Plus en dehors

encore, mais dans une étendue très limitée, sur le pourtour de l'ulcération, le derme est fortement épaissi, et ce n'est qu'à mesure qu'on s'éloigne du centre de la lésion, qu'on le voit peu à peu reprendre son épaisseur normale.

L'épiderme qui forme, ainsi que nous venons de le voir, la zone la plus rapprochée de la partie malade, est loin d'avoir conservé lui-même les caractères qu'il présente à l'état normal. Il est considérablement animé et offre aux regards une teinte jaune pâle, presque blanchâtre, telle que celle qu'il présenterait s'il avait longtemps macéré dans un liquide ; de plus, il a perdu ses adhérences avec les parties sous-jacentes, et un faible tiraillement suffit pour le détacher dans une certaine étendue.

Le derme lui-même, au voisinage de la tumeur, a changé d'aspect, il offre le plus souvent une apparence fibroïde, quelquefois il présente une surface de section tout à fait vitriforme, ainsi que cela se voit ordinairement dans les cancers du sein. Si l'on étudie d'une manière plus intime les parties dont se compose le derme ainsi altéré, on voit que les glandes annexées aux bulbes pilifères offrent des culs-de-sac notablement hypertrophiés. Ces culs-de-sac et les bulbes eux-mêmes sont distendus par une matière blanchâtre, demi-solide, caséuse, qui se rapproche de l'épithélium. Plus loin, la peau reprend son aspect normal, tout en conservant

une vascularisation beaucoup plus marquée que dans les parties complètement saines.

Muqueuse.

La muqueuse labiale qui, dans un très grand nombre de cas, sert de base à la lésion, présente les mêmes altérations que la peau. Ici seulement, au lieu de trouver l'hyperthrophie des bulbes pilifères et des glandes qui y sont annexées, nous trouverons l'hyperthrophie des glandes de la muqueuse.

Au-dessus du cancroïde, entre la peau et la muqueuse, on voit une zone particulière importante ; elle présente un aspect jaunâtre, une consistance comme grasseuse et très granuleuse. Ces caractères se perdent à mesure qu'on approche des tissus sains. C'est dans cette zone sillonnée de vaisseaux très nombreux que viennent plonger les sommets des papilles, et nous pensons que c'est à ce niveau que va se passer la destruction des parties normales, qui peu à peu seront remplacées par la trame pathologique. A la lèvre, deux tissus surtout, le tissu conjonctif et le tissu musculaire, forment cette couche jaunâtre.

Tissu conjonctif.

Le tissu conjonctif paraît aussi être animé d'une activité nutritive plus considérable qu'à l'état normal et forme souvent la plus grande partie de la tumeur.

Y a-t-il seulement hyperplasie, ou formation nouvelle d'éléments conjonctifs ? On pourrait admettre l'augmentation dans l'activité nutritive :

1° A cause de la grande quantité de fibres élastiques qu'on trouve dans ces tumeurs ;

2° Parce que la fibre élastique peut être considérée comme un type plus parfait que la fibre conjonctive simple. Quoi qu'il en soit, cette hypothèse peut être contestée parce que la fibre élastique est la forme du tissu conjonctif qui résiste le mieux soit aux réactifs, soit aux influences morbides, et alors cette prétendue hyperplasie ne pourrait être qu'apparente.

Le tissu conjonctif résiste toujours beaucoup mieux que les autres tissus : 1° à cause de sa nature (la pathologie est là pour le prouver) ; 2° parce qu'il accompagne toujours les vaisseaux, qui, eux, ne se détruisent pas, et qu'il leur sert en quelque sorte de squelette, ce que l'on peut facilement constater, puisque l'on trouve souvent entre les papilles pathologiques une trame conjonctive qui accompagne les vaisseaux.

Tissu musculaire.

De tous les tissus voisins de la tumeur, le tissu musculaire paraît le plus facilement altérable. Deux causes peuvent, selon nous, produire ces altérations ; le repos et la suractivité formatrice, qui elle-même est le résultat de la lésion voisine.

1° Le repos des fibres musculaires au voisinage de la tumeur est la cause de leur altération graisseuse consécutive, aussi bien aux lèvres qu'à toute autre partie du corps.

2° Nous avons dit que la seconde altération spéciale des fibres musculaires était probablement liée à la suractivité formatrice, résultant elle-même de la lésion voisine ; cependant, si cette vitalité exagérée n'est pas assez puissante pour donner lieu à une formation nouvelle de fibres musculaires striées, elle porte son activité tout entière sur ce qui reste de l'élément celluleux dans la fibre musculaire, c'est-à-dire sur le noyau du sarcolemme.

SYMPTOMES

Le cancer de la lèvre inférieure est presque toujours latéral, son point initial étant à mi-chemin du milieu de la lèvre et de la commissure. Il peut débiter par la commissure — c'est rare — il débute soit sur la muqueuse, soit près de la peau, soit sur la peau, bientôt il s'étend sur les deux, il n'est jamais loin de la ligne qui unit la muqueuse à la peau.

D'abord pris pour un simple bobo, et, du reste d'aspect variable à ce moment, le cancer de la lèvre inférieure ne tarde pas à augmenter considérablement de volume et généralement s'il ne l'est déjà il s'ulcère. Pendant un temps plus ou moins long son développement est compatible avec un état général relativement satisfaisant mais à la longue le malade se cachectise et meurt. Cette évolution du cancer nous permet donc de diviser son évolution en trois périodes : période de début à caractères variables, période d'état ou de tumeur, période de cachexie, de complication et aussi de terminaison.

Période de début.

Tantôt le cancroïde se développe de toutes pièces dans l'épaisseur des tissus, tantôt il est consécutif à une tumeur verruqueuse.

Dans le premier cas qui a été mis en lumière surtout par Virchow on voit, sans cause apparente, se dessiner sur le bord libre de la lèvre un petit point blanchâtre qui croît d'abord assez lentement en étendue. Au bout de quelques semaines ou de quelques mois le point est devenu une petite plaque de 5 à 6 millimètres de diamètre dont la couleur contraste fortement avec celle des parties environnantes.

Cette plaque est formée par un épaissement considérable de l'épiderme ; elle est légèrement translucide, ressemble assez à une petite lamelle de corne et ne fait généralement aucune saillie au-dessus des parties avoisinantes.

Les choses restent stationnaires pendant un temps plus ou moins long mais, bientôt autour de la lamelle cornée, on aperçoit un étroit liseré rougeâtre, vasculaire et un léger gonflement soulève les tissus voisins. La lamelle se détache d'un côté puis, peu à peu finit par se séparer tout entière des parties subjacentes ; sa chute laisse à nu une ulcération.

Souvent cette plaque épidermique n'est pas remarquée ; elle est enlevée de bonne heure par l'ongle du malade et l'affection semble débiter par une gerçure du bord labial qu'on prend pour une crevasse banale causée par le froid. Mais les bords s'en indurent peu à peu et s'élèvent, tandis que le fond se recouvre d'une croûte constamment arrachée et constamment reproduite, sous

laquelle se trouve une ulcération superficielle à fond rose et un peu saignant.

En tous cas, qu'elle ait été remarquée ou non, la plaque évidemment épidermique est toujours là au début et, si l'on a soin de regarder les commissures, on retrouve les plaques triangulaires blanchâtres de la leucoplasie. Il s'agit en somme de leucoplasie labiale qui se trouverait notée plus souvent dans les observations si on la recherchait systématiquement.

Le second mode de développement est moins fréquent que le premier. Là, le mal débute par une tumeur verruqueuse formée de quinze à vingt petites papilles hypertrophiées.

Cette verrue présente un volume qui varie depuis celui d'un grain de millet, jusqu'à celui d'un petit pois ; elle est assez dure, fortement adhérente par sa base, d'une couleur grisâtre, revêtue d'une couche assez épaisse d'épiderme, et présente à son sommet une série de petites bouclures séparées par des sillons. Quand on coupe la tumeur suivant sa longueur, on constate que ces petites éminences sont les sommets d'autant de papilles développées anormalement.

La tumeur se voit généralement sur la zone des lèvres où la peau se réunit à la muqueuse. Elle est le siège de vives démangeaisons et le malade la tourmente d'attouchements perpétuels, l'arrache. Finalement, il en résulte une ulcération, reposant sur une tumeur de volume petit d'abord, mais qui va toujours croissant.

Période d'état.

Quel qu'ait été le mode de début, plaque de leucoplasie ou verrue, le malade à la période d'état, présente une tumeur ulcérée dont nous allons préciser les caractères.

L'ulcération dépasse sensiblement le niveau de la lèvre, ses bords surelevés sont durs, de coloration rosée, tuméfiés et entaillés à pic. La surface de l'ulcération est irrégulière, sinueuse, déchiquetée, le fond en est généralement couvert par une croûte formée de pus concrété d'épiderme, de sang desséché. Si l'on gratte la croûte et que l'on découvre le tissu morbide, il saigne facilement, en nappe.

Autour de l'ulcération se voit une zone où les petits vaisseaux sont dilatés, ce qui fait transition avec les tissus sains.

Si l'on palpe plus profondément, on découvre une base indurée qui, en étendue, dépasse de beaucoup l'ulcération. Cette dureté cancroïdale est tout à fait spéciale. On peut parfois en palpant la lèvre, sentir un petit boyau dur partant de la tumeur et s'enfonçant dans le tissu labial.

Les signes fonctionnels sont relativement bénins à cette période. Les malades ne souffrent que peu ou pas spontanément de leur tumeur. Mais le contact des corps solides irréguliers, le contact des acides, du sel, est

douloureux et détermine du saignement. La préhension des aliments est gênée, la succion est difficile, la lèvre, en léger ectropion a déjà peine à retenir complètement la salive, les consonnes labiales sont difficilement prononcées.

L'état général est satisfaisant et il est rare que les malades maigrissent avant que la tumeur ait pris une extension plus considérable et il faut faire cette différence avec le cancer de la langue qui détermine de l'amaigrissement à une période très rapprochée de son début.

La tumeur va s'accroître petit à petit, là, sa marche est plus ou moins rapide suivant les cas, il est difficile de poser une règle fixe. D'une manière générale on peut dire que plus un cancer est près de la commissure, plus il y a de chances de le voir se développer rapidement.

C'est quand la commissure est atteinte qu'on lui voit faire ses ravages. Il envahit à la fois dans le sens vertical, prenant la muqueuse en arrière, arrivant jusqu'au plancher buccal, se propageant parfois jusqu'à la base de la langue, si bien qu'il se confond avec un cancer de cet organe.

En avant, il détruit la peau de la lèvre inférieure, en dehors, il ronge la commissure, s'avance vers la joue qu'il détruit de proche en proche. Lèvres et joues, plancher buccal rongés, voilà pour les parties molles. Le néoplasme ne respecte pas les os et on le voit envahir

le maxillaire inférieur. On a dit que les bourgeons épithéliaux pénétraient par l'orifice interne du canal dentaire. Cela est peut être vrai, en tous cas, il est fréquent de voir à une période avancée du cancer, l'envahissement du maxillaire inférieur. Dans l'observation I nous voyons que l'envahissement du maxillaire a eu pour conséquence une fracture spontanée au niveau de la symphyse mentonnière. Mais avant cet envahissement de la face, une autre propagation plus importante encore au point de vue opératoire s'est faite. Nous voulons parler de l'infection ganglionnaire. Les ganglions pris les premiers sont les ganglions sous-mentaux situés dans la région sus-hyoïdienne médiane. Parfois les ganglions qui sont situés au voisinage de l'angle du maxillaire sont pris les premiers. L'infection ganglionnaire est très précoce, c'est ce qui fait la gravité de ce cancer, les ganglions envahis présentent les caractères habituels des ganglions cancéreux, indolence, dureté caractéristique. Parfois ils sont volumineux et douloureux, il s'agit dans ce cas, d'infection secondaire partant de l'ulcération.

A cette période les signes fonctionnels et généraux sont très marqués. L'ulcération suinte un liquide fétide, de coloration jaunâtre teinté en noir par le sang. La salive s'écoule continuellement de la bouche, la lèvre inférieure détruite ne faisant plus barrage. Le malheureux malade ne peut ni manger, ni boire, il est affaibli

par les hémorragies par l'écoulement continu de salive, par le développement sans cesse croissant de sa néoplasie, aussi se cachectise-t-il vite. On le voit prendre la teinte jaune paille classique et s'éteindre peu à peu, à moins qu'il soit emporté par une complication intercurrente telle que tuberculose pulmonaire qui peut s'abattre sur un si mauvais terrain.

Formes.

Telle est la forme ordinaire du cancer de la lèvre inférieure. Mais on peut distinguer des variétés. Et tout d'abord, dans son évolution croissante, le cancer peut affecter deux formes, la forme ulcéreuse ou la forme végétante.

Dans la forme ulcéreuse, l'ulcération creuse toujours, procédant par destruction progressive de tous les tissus. Dans la forme végétante on voit sur l'ulcération de gros bourgeons qui deviennent rapidement exubérants et forment une tumeur en chou-fleur qui peut atteindre un volume considérable.

Le mal peut se borner à un épaissement épithélial qui correspond au point d'appui de la pipe. Une autre forme qui présente une bénignité relative est l'épithélioma corné. Il se produit sur le bord labial une véritable excroissance dure et résistante comme de la corne et qui peut acquérir des dimensions variables.

Tels sont les différents aspects que peut présenter le cancer de la lèvre inférieure. Les complications sont surtout dues à son extension. Nous avons vu l'extension des parties molles. Celle du maxillaire inférieure est marquée par des douleurs extrêmement vives dues à la compression du nerf dentaire inférieur. Les ganglions peuvent devenir le point de départ de nouveaux épithéliomas. On les voit se tuméfier peu à peu, leur chapelet descendant parfois jusqu'au niveau du creux sus-claviculaire, ils finissent par adhérer à la peau qui à un moment donné rougit et s'ulcère. Par là s'évacue en partie la tumeur ramollie et il reste un orifice d'où s'élèvent des végétations épithéliomateuses. Très rare est la généralisation viscérale. Virchow en a cependant relaté des exemples. On a noté la propagation à l'estomac par des parcelles de tumeur avalées.

Citons enfin parmi ces complications d'extension la greffe du cancer à la lèvre supérieure, elle a été observée assez fréquemment.

Nous ne ferons que citer les complications par infection secondaire, les unes sont locales comme le phlegmon du cou, les autres générales comme la bronchopneumonie.

PRONOSTIC

Le pronostic du cancer de la lèvre inférieure est très sérieux. Si le mal est abandonné à lui-même la terminaison mortelle est fatale au bout de trois ans et demi en moyenne d'après une statistique de Lebert. La cachexie est plus tardive que pour les néoplasmes qui se généralisent, mais elle est constante due à la douleur et à l'insomnie qui en résultent, à la gêne mécanique de l'alimentation, à la suppuration, à la perte de salive, aux hémorrhagies répétées, et le sujet succombe dans le marasme.

Si l'on opère précocement le mal récidive-t-il ? C'est là le gros point à éclaircir, car il règle le pronostic. Leclerc, Bayle, Boyer pensent qu'on peut souvent obtenir la guérison et Bérard va plus loin encore en disant « la maladie n'envahit que très tard les ganglions lymphatiques et de plus ne récidive presque jamais quand elle a été enlevée ».

Cette opinion optimiste n'est pas partagée par tous les chirurgiens. Billroth regarde le cancer labial comme un mal récidivant toujours. De Brun arrive aux mêmes

conclusions, et si nous en croyons les faits que nous avons
vus pour notre part, nous considérons le cancer de la
lèvre inférieure comme récidivant très souvent — quel-
que hâtive qu'ait été l'ablation — aussi le pronostic est-
il, en somme, sombre et doit-il être toujours réservé.

DIAGNOSTIC

S'il est un point important dans l'étude d'un cancer c'est le diagnostic, car c'est de lui que dépend la rapidité de l'intervention, aussi nous étendrons-nous un peu sur ce sujet.

A la période de début — là où il faudrait le faire, c'est presque impossible — on ne peut que le mettre en hypothèse. Comment soupçonner dans une plaque de leucoplasie le point qui va donner naissance à l'épithélioma. En présence d'une saillie verruqueuse, d'une fissure insignifiante on croira à un simple papillome, à une vulgaire gerçure. Pour la gerçure surtout on se guidera sur la longue durée, sur les bords indurés et un peu renversés.

En somme, au début, le caractère qu'il faut rechercher c'est l'induration ; si elle n'existe pas, il ne s'agit pas d'un épithélioma, si elle existe on ne peut affirmer qu'il s'agisse d'un cancer, mais on est en droit de le supposer. Il faudra alors suivre le malade avant de poser un diagnostic ferme d'où dépendra l'intervention.

A la période d'état, le diagnostic est parfois très facile. En présence d'une tumeur limitée, surelevée, à bords

durs, à surface ulcérée et de mauvais aspect, survenant chez un homme ayant atteint la cinquantaine, s'accompagnant de ganglions, le diagnostic se fait à distance et avant d'avoir touché le malade on sait à quoi l'on a affaire.

Mais on n'a pas toujours sous les yeux des cas faciles, aussi allons nous passer successivement en revue les différents diagnostics auxquels il faut songer avant de s'arrêter à celui d'épithélioma.

Il est certain que de simples gerçures, de petites plaies entretenues par la salive ou les mouvements de la lèvre, des érosions liées à la situation anormale ou à l'état pathologique de quelqu'une des dents antérieures, peuvent simuler l'épithélioma à ses débuts. Cependant les sièges d'élections de ces ulcérations simples ne correspondent pas d'ordinaire à celui de l'épithélioma. La fissure antéro-postérieure, occupant le bord libre de la lèvre de la commissure, est souvent douloureuse, s'enfle très facilement. Elles sont plus fréquentes chez les jeunes sujets que chez les sujets âgés; enfin il est rare qu'elles résistent à un traitement sérieux. On a aussi un excellent moyen de diagnostic puisque quelques cautérisations, lotions et applications de poudres, de pommades antiseptiques suffisent à amener la guérison dans le cas d'ulcérations simples au lieu qu'elles ne modifient en rien la marche de l'épithélioma.

Ulcérations mercurielles.

Elles ne siègent pas sur le bord libre de la lèvre, mais quelquefois à la face postérieure des lèvres. Elles sont accompagnées d'un goût métallique très prononcé, de fétidité de l'haleine, de salivation abondante, de gonflement de la langue et d'ébranlement des dents. De plus, on a toujours des ulcérations occupant la face interne des joues au niveau des grosses molaires et, de préférence, au contact des dents croisées.

Ulcération tuberculeuse.

L'ulcération tuberculeuse siège généralement à la face interne des joues, mais elle peut atteindre les lèvres et, dans ce cas, c'est toujours la lèvre inférieure qui est prise. L'ulcération est peu profonde, quelque soit son âge, elle ne dépasse pas le tissu cellulaire sous-muqueux. Il existe à la surface de la plaie une sorte de croûte formée par un mélange de salive et de muco-pus, qui donne au fond de l'ulcération un aspect grisâtre et blafard. Quand, par le lavage on enlève cette couche, on peut observer une surface inégale, semée de petits bourgeons charnus de mauvais aspect, séparés par des sillons peu profonds.

À la périphérie de l'ulcère, sur la portion saine de la lèvre, la muqueuse présente une teinte violet pourpre

sur laquelle se détache un semis de petits points jaunâtres : ceux-ci peuvent cependant faire défaut. Les tissus du pourtour sont indurés et épaissis par l'œdème chronique. L'ulcération n'est pas douloureuse spontanément, mais le contact des acides, du sel, des corps durs est douloureux. Il peut y avoir des ganglions qui peuvent mieux aboutir à la suppuration comme tous les ganglions tuberculeux. Enfin, l'état général du malade, la tuberculose d'un autre organe, le poumon, le plus souvent, permet, en général, de poser le diagnostic.

Ulcérations syphilitiques.

La syphilis est la grosse pierre d'achoppement en fait d'ulcération, en quelque point qu'elle siège, et à la lèvre comme ailleurs le diagnostic est très difficile à poser.

Les plaques muqueuses ont des contours très nets, arrondis, réguliers, au lieu d'une dépression, on trouve une saillie de la muqueuse, mais douce au toucher, les bords ne sont pas indurés.

Les gommès débutent d'une façon absolument insidieuse, sous forme de petites tumeurs qui bientôt s'ouvrent au dehors et laissent une ulcération profonde qui envahit rapidement les tissus voisins et dont les bords déchiquetés et enflammés sont décollés au loin. Au pourtour de l'ulcération est l'aurole rouge caractéris-

tique de toute ulcération gommeuse étudiée par Fournier. Le fond est grisâtre, bourbillonneux. Si on presse la base de la gomme on la sent dure, mais on ne délimite pas une tumeur sur laquelle reposerait l'ulcération, sans risque, dans le cancroïde. Au-dessus de l'ulcération, on sent une tumeur dont les limites sont plus ou moins faciles à préciser. Enfin, il n'y a pas de ganglions dans la gomme et ils sont la règle dans le cancroïde.

Le chancre de la lèvre est peut-être l'ulcération la plus difficile à distinguer d'un épithélioma. M. Morestin raconte dans le traité de chirurgie que la méprise fut commise par un de ses maîtres les plus distingués. L'erreur fut soupçonnée sur la table d'opération. L'opération fut remise fort heureusement car, quelques jours après, une éruption de syphilides venait dissiper tous les doutes.

Le chancre de la lèvre inférieure se développe à la limite de la muqueuse et de la peau. Il excède rarement l'étendue de un centimètre de diamètre mais peut, accidentellement, être beaucoup plus large. On a cité un cas où un chancre avait détruit la moitié de la lèvre inférieure et s'était étendu à la moitié de la hauteur de la joue. Il est probable que, dans ce cas, il s'était compliqué de phagedenium.

Le plus ordinairement il n'est pas excavé, mais bombé c'est-à-dire à fond plus saillant que les bords. La sur-

face de l'ulcération est lisse, de coloration rougeâtre, jambonnée. Il repose sur une base dure, d'une dureté de cartilage. Mais ce qui complique souvent les choses c'est que, exposé à l'air, aux liquides buciaux, placé sur le passage des aliments, il s'enflamme, ses bords s'infiltrant d'œdème, sa surface devient grisâtre et il prend l'aspect d'une ulcération de mauvaise nature. Les ganglions sous-menteaux et l'angle du maxillaire sont engorgés, l'un d'eux plus que les autres comme dans toute adénite chancreuse. Le diagnostic peut être très difficile dans certains cas. On s'appuiera surtout sur l'âge du malade généralement plus jeune, sur l'aspect vernissé, la sécheresse de l'ulcération, sur l'induration limitée de la base, sur les caractères de l'adénopathie. Enfin, l'apparition des symptômes secondaires, de la roséole et du catarrhe des muqueuses fera faire le diagnostic s'il n'est pas encore fait.

L'adénome des glandules labiales a été confondu avec les variétés de tumeurs cancéreuses qui affectent les lèvres. La lèvre gonfle sur sa face muqueuse par le développement de la tumeur, elle subit des atteintes inflammatoires, devient douloureuse, l'épithélium de son bord libre se desquame ou se détache complètement et laisse la surface plus ou moins ulcérée. Si, dans ces circonstances, les bords viennent à s'indurer, l'ensemble de la surface malade revêt plus ou moins les apparences de l'ulcération cancéreuse. Mais l'origine, le mode de

développement de la tumeur, sa position d'abord rapprochée de la surface muqueuse, son indolence primitive et qui se maintient lorsqu'il n'existe pas de complication inflammatoire, et la disposition alvéolaire de sa surface lorsqu'il s'agit d'un polyadénome, enfin le suintement de matière épidermique ramollie par les ouvertures des tubes excréteurs lorsqu'on exerce une pression concourent à éclairer le diagnostic. Ajoutons surtout que dans l'adénome il n'y a point d'engorgement ganglionnaire même lorsque la tumeur est ancienne. Tous ces caractères permettent de le distinguer du cancer.

Certaines tumeurs érectiles peuvent s'ulcérer à leur surface, développer des végétations saignantes sur les ulcérations et donner l'apparence du cancer. Mais on aura toujours la dilatation des capillaires à la périphérie de la tumeur, le saignement facile et abondant, la longue limitation de la tumeur qui ne s'ulcère qu'à la longue, l'intégrité de l'état général.

Les tumeurs développées aux dépens du tissu conjonctif comme les fibromes, les lipomes, n'arrivent que dans des cas très rares à ulcérer la lèvre, aussi n'insisterons-nous pas sur ce diagnostic.

TRAITEMENT

Nous ne nous arrêterons pas au traitement médical. On peut donner si l'on y croit, l'arsenic à l'intérieur, n'en disons qu'une chose, c'est que cela ne semble pas faire de mal aux cancéreux. Si le cancer est très volumineux, absolument inopérable, on tiendra la cavité buccale et l'ulcération propres et l'on pourra appliquer sur l'ulcération une solution saturée de chlorate de potasse.

Il faut détruire ou enlever le néoplasme. La cautérisation peut être proposée tout à fait au début, mais elle doit être d'emblée profonde et dépasser les limites du mal car elle est dangereuse si elle se contente d'irriter le cancroïde, les attouchements au crayon de nitrate n'ont pas d'autre effet et donnent un coup de fouet à la maladie. On peut employer la pâte de Vienne ou de Canquoin, de préférence au cuivre de mercure cautère.

La cautérisation est à peu près abandonnée aujourd'hui et le procédé d'élection est et restera l'instrument tranchant.

Il faut enlever la tumeur complètement, de plus restaurer les lèvres afin que ces voiles musculaires puissent permettre au malade de parler, de garder la salive, etc.

On peut faire ou bien l'excision simple, et dans ce cas on saisit la tumeur avec des pinces de Mureux, et

avec des ciseaux courbés ou un bistouri, on la sépare des parties sous-jacentes en suivant une ligne semi-lunaire à concavité tournée en haut. On peut suturer ensuite la muqueuse à la peau, ce qui assure l'hémostase.

Ou bien on fait l'excision en V qui est de beaucoup préférable. On cerne la tumeur par deux incisions qui partant du bord libre de la lèvre vont se réunir en V très aigu au niveau du menton. On enlève le triangle de tissus compris entre les deux incisions, on lie les coronaires. Puis on suture l'une à l'autre les deux surfaces de section en ayant soin de placer les fils profondément sans cependant comprendre la muqueuse.

Si la tumeur est étendue il faut dépasser largement les limites du mal, mais alors la réparation de l'orifice buccal exige des opérations chéiloplastiques que l'on pourra pratiquer immédiatement ou bien après cicatrisation de la plaie, comme le recommandait Verneuil. On peut employer pour la restauration des lèvres, soit le vieux procédé de Chopart qui prenait son lambeau au cou dans la région sus-hyoïdienne, soit plutôt les lambeaux latéraux comme nous l'on montré Sédillot, Serres, Trélat. On peut même tailler un lambeau aux dépens de la lèvre opposée ; c'est le procédé de Guinard.

L'extirpation de la tumeur doit être complète, pour celle des ganglions quand il y en a, on les poursuivra dans quelques cas jusqu'au voisinage de la carotide. il faut tout enlever sous peine de récurrence rapide.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Epithelioma de la lèvre inférieure propagé au maxillaire inférieur et compliqué de fracture spontanée.

Lucien L..., âgé de 60 ans, couché salle Broca, n° 15 à l'hôpital de la Pitié.

Le malade entre à l'hôpital pour une récurrence de son mal qui a été opéré deux fois déjà.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une cirrhose, mère morte d'une cardiopathie. La grand'mère avait eu une tumeur de l'utérus qui est peut-être un cancer.

Antécédents personnels. — Le malade n'a rien eu de sérieux avant le début de son mal. Etant enfant il a eu la rougeole, un peu plus tard la chorée, il aurait eu le cœur touché à ce moment, cependant, à l'auscultation du cœur, on ne constate pas de bruit ni de rythme anormal.

Vers l'âge de 17 ans, il a eu une bronchite qui a duré longtemps pour laquelle on lui a mis des vésicatoires, et qui s'est guérie lentement, depuis ce temps il tousse tous les hivers, cependant à l'auscultation du poumon on ne constate pas de signes de tuberculose pulmonaire.

C'est tout ce que l'on trouve dans son histoire comme antécédents pathologiques. On ne relève pas traces de syphilis, pas de boutons, pas de taches sur le corps, pas de périostoses du tibia.

L'affection a débuté il y a un an environ par une petite végétation papillomateuse siégeant à la lèvre inférieure à égale distance de la ligne médiane et de la commissure un peu en arrière du pli cutanéomuqueux. Le malade n'y a pas fait attention d'abord, cela ne le gênait aucunement, un médecin consulté alors par ha-

sard conseilla du reste de brûler le petit bouton avec du nitrate d'argent, sans faire de traitement plus actif.

Le malade se cautérisa en effet au crayon de nitrate. Mais l'effet ne fut pas celui qu'il attendait, en effet la petite tumeur devint douloureuse et augmenta, empiétant à la fois sur la muqueuse labiale et sur la peau. Bientôt elle arriva à la dimension d'une pièce de 50 centimes ; à ce moment raconte le malade, elle était bien limitée, pouvait presque se pédiculiser quand on saisissait la lèvre en dessous, sa surface ulcérée et légèrement excavée était rougeâtre et facilement saignante. Ce fut à ce moment que le malade alla consulter un médecin qui conseilla et fit l'excision de la tumeur.

Le malade se guérit bien vite de cette première intervention, malheureusement quelques mois après, 5 ou 6 nous a-t-il dit, il se produisit au niveau de la cicatrice une petite fissure qui s'agrandit peu à peu, les bords se surelevèrent, finalement une nouvelle ulcération, analogue à la première, mais beaucoup plus étendue se trouvait constituée.

Le malade entre alors à l'hôpital Bichat. Il présentait à ce moment une volumineuse tumeur occupant la moitié droite de la lèvre inférieure, n'allant pas tout à fait jusqu'à la commissure. La surface était saignante, on y voyait quelques végétations mais il s'agissait plutôt de la forme ulcéreuse. Les bords étaient surelevés, mais le centre était plutôt excavé.

Le malade fut opéré quelques jours après son entrée. On dépassa largement les limites du mal : le rapprochement des lèvres après excision fut imparfait. Le malade ne guérit jamais complètement de son opération, sa cicatrice fut le point de départ d'une récidive épouvantable. On le mit à la Pitié dans le service du docteur Chaput.

À ce moment le malade présente une vaste ulcération ayant envahi ce qui lui restait de lèvre inférieure, la joue du côté droit, jusqu'au niveau de la branche montante du maxillaire, en haut la

perte de substance remonte jusqu'à un centimètre $1/2$ environ au-dessous de l'os maxillaire, en bas elles'arrête à un centimètre environ du rebord inférieur du maxillaire inférieur. Les bords de l'ulcération sont durs, déchiquetés ; par cette vaste brèche s'écoule constamment une salive d'odeur fétide, mêlée à un ichor sanieux que sécrète la surface ulcérée. Si l'on frotte les bourgeons, ils saignent facilement. Si l'on ordonne au malade d'ouvrir la bouche, on découvre une vaste ulcération occupant le plancher buccal, s'étendant d'un côté à l'autre en arrière des dents antérieures. En arrière, l'ulcération s'étend jusqu'au voisinage de la langue mais sans l'atteindre. Au toucher, la surface de l'ulcération est dure, surtout au voisinage du bord, nous avons déjà dit qu'elle saignait très facilement.

Si l'on explore le maxillaire inférieur, on le sent considérablement épaissi dans sa partie moyenne, sa consistance a diminué, et si l'on cherche à mobiliser les deux côtés l'un sur l'autre, en saisissant les branches horizontales, on détermine de la mobilité anormale au niveau de la symphyse mentonnière. On ne réveille pas de douleur et on ne perçoit pas de crépitation, ces caractères rapprochés de la tuméfaction de l'os font diagnostiquer une fracture spontanée due à l'envahissement épithéliomateux de l'os maxillaire. L'envahissement du maxillaire a été marqué par de fortes douleurs dentaires, dues à la compression du nerf dans son canal osseux.

Le malade ne peut manger que très difficilement : l'écoulement incessant de salive, les hémorragies, la difficulté de la déglutition ont déterminé un amaigrissement considérable. La peau présente une teinte jaune paille, aussi l'intervention est-elle jugée inutile et se contente-t on de prescrire des lavages boriqués.

OBSERVATION II (Personnelle.)

Epithelioma de la lèvre inférieure.

X..., âgé de soixante ans, vient consulter à la Pitié pour une tumeur de la lèvre inférieure ayant débuté il y six mois, par une petite plaque blanchâtre et dure, à l'endroit où le malade, fumeur, avait l'habitude de tenir sa pipe. Peu à peu la petite plaque grossit, le malade l'enleva et il resta une ulcération qui ne guérit pas, au contraire, s'étendit si bien que, par progression, le malade est arrivé à l'état actuel.

On constate, à l'examen, au niveau de la lèvre inférieure, une tumeur *médiane*, de contour ovalaire, à surface ulcérée. Le contour surelevé est dur, la base infiltrée permet de sentir des attaches plus profondes. Si l'on explore les régions sous-hyoïdienne-médianes et angulo-maxillaires, on y trouve des ganglions petits et mobiles, mais d'une dureté extrême, il en existe des deux côtés.

L'état général est resté longtemps satisfaisant, mais depuis un mois environ, il commence à baisser, l'appétit s'en va, la préhension et la mastication sont gênées ; de plus, la tumeur s'oppose à la parfaite occlusion de la bouche et la salive s'écoule un peu au dehors.

Devant ces symptômes, on conclut à un épithélioma de la lèvre inférieure et on décida l'opération qui ne fut pas faite, car le malade s'y refusa.

OBSERVATION III

(Thèse de Burin, Montpellier 1836).

Cancer de la lèvre inférieure. — Opération. — Réunion cutano-muqueuse. — Guérison.

Braisseau Jean-Baptiste, né à Assion (Ardèche). — Agé de 50 ans, d'un tempérament sanguin, entra à l'hôpital St-Eloi de Montpellier le 3 avril 1836. Cet homme avait joui d'une bonne santé jusqu'en décembre 1834. A cette époque, et sans cause appréciable, il vit paraître à la lèvre inférieure un bouton d'abord indolent mais qui ne tarda pas à lui causer des douleurs vives et lancinantes, prit bientôt une assez grande étendue par suite des irritations dont il devint le siège et affecta la nature cancéreuse.

A l'examen de la lèvre on constatait la présence d'ulcération qui occupait le tiers supérieur de la partie moyenne de cet organe dont la muqueuse ne paraissait pas altérée. Le malade fut soumis aux préparations d'usage, et le 13 avril M. le professeur Serres entreprit l'ablation de ce cancer qu'il exécuta de la manière suivante :

Une incision horizontale fut d'abord pratiquée immédiatement au-dessous de l'ulcération.

De ses extrémités on fit partir deux incisions verticales qui furent prolongées jusqu'au bout du menton. Le lambeau circonscrit par ces trois incisions fut disséqué ; alors on détacha la tumeur de bas en haut à l'aide d'un bistouri, et en s'efforçant de respecter la muqueuse qui fut ensuite horizontalement incisée au niveau du rebord postérieur du bord libre de la lèvre. Le lambeau cutané a été aussitôt porté jusqu'au niveau de la lèvre

enlevée, ce qui a été facile en raison de la dissection à laquelle on l'avait soumise. Le lambeau fut fixé par ses angles supérieurs, à l'aide de deux points de suture, puis le lambeau muqueux fut renversé sur le bord supérieur du précédent et suturé avec de la soie. On aperçut à la surface deux éraillures produites pendant l'opération par la pointe du bistouri, mais cette circonstance loin d'être aggravante fut au contraire utile en ce qu'elle servit d'issue au pus, résultant du travail inflammatoire. Enfin la suture entortillée servit à réunir les surfaces opposées des incisions verticales.

Le résultat immédiat parut très satisfaisant, le mode de réunion était très exact, la régularité était parfaite ; la lèvre bordée d'une muqueuse offrait l'apparence naturelle, il y avait même dans cet arrangement nouveau une sorte d'élégance.

L'examen de la tumeur fit reconnaître la présence d'un tissu squammeux disposé par petites masses.

Le jour même de l'opération, le malade prend une assez grande dose de bouillon et parle beaucoup ; le lendemain face rouge, peau chaude, lèvres tuméfiées, le lendemain état meilleur, et amélioration croissante. M. Serres enlève les aiguilles et la suture entortillée. Guérison progressive, on cautérise les ulcérations produites par les fils de soie, enfin Braiseau sort de l'hôpital guéri.

Il parle facilement, la salive est complètement retenue. Il n'existe point de difformité, toutefois on n'observe pas au dessous de la nouvelle lèvre, la dépression légère qui la sépare du menton. Peut être cette dépression s'établira-t-elle lorsque le dégorgement se sera complètement effectué. On pourrait le favoriser par une compression ménagée.

OBSERVATION IV

Cancroïde de la lèvre inférieure. — Extirpation. — Autoplastie primitive. — Mortification des lambeaux. — Autoplastie secondaire tardive. — Guérison (Verneuil). — Mémoires de chirurgie, t. I., p. 86. — Fait observé à l'hôpital Saint-Louis en 1859.

Il s'agissait d'un campagnard robuste ayant dépassé la cinquantaine et affecté d'un vaste cancroïde de la lèvre inférieure. Il me fallut enlever cette lèvre toute entière jusqu'au sillon mento-labial. Les téguments étant abondants dans les régions génale et massétérine, je leur empruntai deux lambeaux que j'attirai et soudai sur la ligne médiane.

Une inflammation violente survint avec fièvre et délire, un des lambeaux se mortifia en entier, l'autre en partie, et son tronçon se pelotonnant retourna à peu près à sa place. Les accidents se calmèrent néanmoins et l'opéré quitta l'hôpital avec une perte de substance considérable.

Il revint me trouver quelques mois plus tard et je fus surpris de l'amélioration survenue dans son état par le seul effet de la rétraction inodulaire spontanée. La brèche mesurait à peine deux centimètres et demi et ses bords étaient assez souples, assez épais pour me permettre, après les avoir détachés de la mâchoire, d'y tailler deux lambeaux que j'amenai sans effort au contact, qui se cicatrisèrent promptement et réparèrent très convenablement le défaut.

OBSERVATION V

Cancer de la Commission labiale et de la joue, par M. H. Morestin, chirurgien des hôpitaux.

Histoire d'un malade observé à l'hôpital Saint-Louis.

Cet homme, âgé de 37 ans, est entré le 12 avril à Saint-Louis. Isolement n° 27. Il avait été opéré peu de temps auparavant par Launay, à l'hôpital Cochin, pour un épithélioma de la lèvre inférieure et de la commissure labiale du côté gauche. Launay avait enlevé largement la tumeur et extirpé par surcroît des ganglions sous-maxillaires, comme en témoignait une longue cicatrice parallèle au bord inférieur de la mâchoire.

Mais en quelques semaines la récurrence était survenue, du côté de la bouche comme de la région sus-hyoïdienne.

Au moment de son entrée, on constatait des lésions déjà considérables. La commissure du côté gauche était occupée par une tumeur ulcérée qui écartait les lèvres elles-mêmes envahies dans une notable étendue.

Cette saillie irrégulière, bourgeonnante et sanieuse était du volume d'une petite noix.

Plus en dedans sur la lèvre inférieure on remarquait un autre noyau, du volume d'une noisette, prêt à s'ulcérer.

En regard de ce dernier, dans la partie qui entrerait en contact avec lui, la lèvre supérieure présentait une exulcération, qui n'avait encore rien de cancéreux. C'était une ulcération très superficielle, leucoplastique. Au voisinage, sur les lèvres et la joue droite, il y avait plusieurs plaques blanches. La joue gauche est envahie dans des proportions qu'il est difficile de préciser, car ce n'est pas sans peine que l'on peut explorer sa face profonde. Cependant, l'index glisse péniblement entre la tumeur et

les dents, arrive à la dépasser en arrière. Elle s'arrête à la hauteur de la deuxième grosse molaire. Dans le sens vertical elle occupe surtout la partie inférieure de la joue, le cul-de-sac génio-gingival supérieur étant complètement respecté. Mais la lésion n'est pas limitée à la muqueuse. A l'extérieur apparaissent des signes non douteux d'infiltration et d'envahissement. Une tuméfaction assez considérable entoure la face interne et le bord inférieur de la mâchoire et occupe la région sous-maxillaire et les téguments de la joue.

La peau est rouge violacée au centre de cette tuméfaction, ailleurs semée de veinosités étoilées.

A la palpation, consistance ferme, dure de tous ces tissus infiltrés. La tumeur est diffuse, mal limitée, et elle paraît en somme en voie d'accroissement très rapide. Sous la mâchoire on sent une masse ganglionnaire dure, fortement adhérente au maxillaire, auquel adhère d'autre part la tumeur génienne, le tout formant un bloc cancéreux péri-maxillaire.

Le 19 avril j'opérai de la manière suivante :

1° Longue incision allant de la lèvre supérieure qu'elle entame à la partie postérieure de la région sous-maxillaire, en contournant à bonne distance la portion de la peau envahie et adhérente.

2° Incision allant de la lèvre inférieure, tranchée à l'union de son tiers gauche et de son tiers moyen, à l'extrémité postérieure de la précédente.

Un long fragment de peau circonscrit par ces deux incisions reste ainsi isolé, adhérant par sa face profonde à la tumeur.

3° Isolement et décollement de la glande sous-maxillaire et des ganglions, des parties molles superficielles d'une part, de l'autre du plan profond de la région sous-thyroïdienne, en laissant cette masse accolée au maxillaire. Ligature de la faciale.

4° Section verticale complète de la lèvre inférieure.

5° Section antéro-postérieure des plans profonds de la joue au-dessus de la tumeur.

6° Le maxillaire est scié à l'union de l'incisive médiane et de l'incisive latérale gauche.

7° Section du plancher de la bouche contre la face interne du maxillaire.

8° La branche montante du maxillaire est sciée horizontalement selon un plan passant au-dessus des dents.

9° Ligature de la dentaire inférieure.

10° Suture à la muqueuse du plancher buccal préalablement mobilisée et décollée, à la tranche de section de la bande de la muqueuse génienne conservée attenante maxillaire supérieur.

11° Réfection de la bouche.

12° Autoplastie pour combler la perte de substance. Les téguments du cou sont largement décollés et relevés, un lambeau en pont pris sur la face est abaissé jusqu'au contact de ces téguments cervicaux et maintenu dans cette position par des sutures. La perte de substance est ainsi comblée par un plan muqueux et un plan cutané.

Cette intervention, qui d'ailleurs fut très rapide, put être terminée sans perte de sang. Le malade la supporta très bien, à cela près qu'il souffrit pendant quatre ou cinq jours d'une dysphagie assez intense. Il ne nous inspira jamais aucune inquiétude ni au sujet de ses poumons ni à l'égard de sa plaie.

Celle ci subit une désunion partielle vers son extrémité postérieure, mais la réparation secondaire s'effectua très bien et la guérison opératoire complète obtenue. La moitié restante du maxillaire subit, comme il arrive toujours, une déviation du côté opéré, et les arcades dentaires ne se correspondant plus, la mastication demeurerait difficile. Mais le malade pouvait suffisamment s'alimenter. Pendant quelques jours ce malheureux fut heureux et rasséréné.

Mais cet état ne dura guère. Au milieu de juin, nous constatons une nouvelle récurrence, qui gagna rapidement ce que les précédentes opérations avaient laissé des deux lèvres, et les tégu-

ments qui avaient fermé la brèche faite aux parois de la cavité buccale. J'essayai de donner le change à mon infortuné malade, mais le mal gagnant sans relâche, le pauvre diable, trompant la surveillance des infirmiers, s'est pendu le 10 juillet.

OBSERVATION VI (résumée).

Epithelioma de la lèvre inférieure envahissant le maxillaire. — Ablation de la tumeur. — Résection partielle de l'os maxillaire. — Pas de restauration immédiate. — Chéiloplastie tardive. — Guérison opératoire maintenue longtemps (par le Docteur Faucon. *Bull. de la Soc. de Chr.*, séance du 2 août 1876, A. XXI, p. 660).

X..., 50 ans, cultivateur, robuste, alcoolique. Début il y a huit mois. Volumineuse cancroïdale, rougeâtre, violacée par place, irrégulièrement hémisphérique, occupant toute la lèvre inférieure et le menton et intimement adhérente au corps du maxillaire, sans aucune espèce de mobilité, dans toute la région mentonnière. Elle s'étend jusqu'aux commissures et présente, un peu, au-dessous du bord libre de la lèvre, un sillon hérissé de végétations papillaires exulcérées. Son volume représente environ quatre fois le volume normal des parties molles,

Elancements pénibles et douleurs comparables à une rage de dents dans les incisives et les canines saines en apparence.

Etat général excellent. Ganglion engorgé sous le menton.

Opération le 25 mars 1873. — Incision partant de la commissure gauche, d'abord oblique vers la joue, puis verticale jusqu'au bord inférieur du maxillaire.

Incision semblable à partir de la commissure droite. Section, avec la scie à chaîne, du maxillaire inférieur, de chaque côté de la partie moyenne, de façon à comprendre entre les deux traits

de scie toute la partie supportant les incisives et la canine droite, la canine et la première petite molaire gauches.

L'opérateur rejoignit ensuite les deux incisions verticales par une incision horizontale intéressant toute l'épaisseur de la peau le long du bord du maxillaire, et suffisamment en arrière des limites de la tumeur. Section des parties molles qui retenant encore la portion de maxillaire réséquée. La langue tombant en arrière et gênant la respiration, on la fixe en dehors à l'aide d'un fil d'argent qui traverse sa partie antérieure.

Pas de restauration de la plaie. Après les ligatures, on panse la plaie avec un linge de fine toile imbibée d'eau, légèrement alcoolisée et quelques compresses soutenues par un bandeau. Le cou et l'apoitrine sont garnis pour absorber les liquides qui s'écouleraient de la plaie.

Alimentation avec tisane et bouillon dans une burette long bec. Fièvre traumatique nulle. Pas d'accidents. Dès le quatrième jour le malade se levait. Pas de difficulté de la respiration ou de la déglutition. La langue est laissée attachée jusqu'au quinzième jour. La rétraction des bords de la plaie s'effectua avec une extrême rapidité. Des bourgeons exubérants ayant été examinés par M. Villemin du Val-de-Grâce, ont été trouvés entièrement formés de tissu embryonnaire. Des cautérisations au nitrate d'argent et au fer rouge réprimèrent cette exubérance des bourgeons et la cicatrisation se fit sans entrave.

La tumeur, ayant été examinée par M. Villemin, a été trouvée formée de l'épithélioma type. Le cancer avait corrodé la lame interne du maxillaire qui s'était ramolli en divers endroits.

14 décembre. — Les deux portions restantes du corps du maxillaire s'étaient rapprochées au point que leurs extrémités internes n'étaient plus distantes que d'un travers de doigt ; et, chose curieuse, la partie gauche ne se trouvait presque pas déviée de sorte que deux de ces molaires se rencontrant avec celles du maxillaire supérieur permettaient de ce côté une mastication

passable. Il en était autrement de la branche droite, qui se trouvait considérablement attirée en dedans par le tissu cicatriciel, de plus elle avait subi un mouvement de bascule, de sorte que les dents regardaient en dedans.

Les parties molles avaient subi le retrait des os, la peau de la région sus-hyoïdienne était remontée, et les parties molles des joues attirées en dedans. *Il ne restait de l'énorme hiatus consécutif à l'opération qu'une ouverture relativement étroite* obturée par la langue, mesurant un travers de doigt de largeur à la partie inférieure, beaucoup plus large à la partie supérieure où elle conservait les dimensions un peu restreintes de l'orifice buccal, et conservait en hauteur, la hauteur du maxillaire et des dents.

La perte de substance fut comblée à cette époque par le procédé chéiloplastique à double lambeau de Sédillot. Après avoir détruit les adhérences des joues au maxillaire, on tailla de chaque côté de la joue un lambeau vertical quadrilatère, qu'on plongea jusque sur la région cervicale. Cela fait, on aviva largement le tissu cicatriciel qui réunissait les deux branches de la mâchoire qui furent dégagées. On renversa ensuite ces lambeaux par un mouvement de quart de cercle de dehors en dedans et de bas en haut de manière à les assujettir horizontalement bout à bout et à les réunir par des sutures métalliques.

Leurs bords inférieurs furent ensuite réunis au bord supérieur de la peau sus-hyoïdienne et on forma ainsi une lèvre inférieure.

Le résultat fut assez satisfaisant au point de vue plastique.

Si la lèvre inférieure est située un peu en arrière de la supérieure, l'orifice buccal est restauré et la physionomie ne conserve pas un aspect hideux.

Il s'écoule continuellement un peu de salive, la prononciation laisse à désirer, mais le malade se fait facilement comprendre. La mastication des substances molles se fait facilement et le ma-

lade s'alimente suffisamment pour jouir d'une excellente santé et se livrer à ses instincts bachiques. Enfin; au point de vue de la récédive, je ne sais rien autre chose que la présence d'un petit ganglion que j'ai constaté il y a 15 mois.

OBSERVATION VII

Epithelioma de la lèvre inférieure. — Ablation. — Pas d'autoplastie immédiate (complétée d'après les renseignements qu'a bien voulu nous donner notre excellent collègue Lyot, interne des Hôpitaux), (Thèse de Metaxas-Zani, Paris 1887).

G... 46 ans, scieur de long, entré le 18 octobre 1886 à l'Hôpital St-Louis, salle Cloquet, n° 41; service de M. Le Dentu.

Epithelioma ayant débuté il y a un an, au milieu de la lèvre inférieure et envahissant actuellement toute la lèvre dans le sens de la longueur et dans le sens de la hauteur jusqu'au menton ; la commissure gauche et la partie voisine de la lèvre supérieure et de la joue sont aussi envahies. La commissure droite est indemne. Les ganglions sous-maxillaires gauches sont engorgés.

Elancements assez violents empêchant le malade de dormir.

Opération le 1^{er} décembre. — Les parties envahies sont cer-
nées par une incision qui commençant sur la lèvre supérieure, un peu en dedans de la commissure gauche, se porte en haut et en dehors, puis en bas, en passant un peu en dehors de la commissure, qui est ainsi contournée, puis en bas et en dedans et enfin directement en dedans, en suivant le bord inférieur du maxillaire inférieur. Au delà de la symphyse du menton, l'incision devient ascendante et aboutit sur le bord libre de la lèvre inférieure à quelques millimètres et en dedans de la commissure droite qui est ainsi respectée.

Les ganglions malades sont enlevés à l'aide d'une incision indépendante faite dans la région sushyoïdienne latérale gauche, incision qui est immédiatement réunie et drainée.

Toute la lèvre inférieure (sauf la commissure droite), les par-

ties molles du menton, la commissure gauche et les parties voisines de la lèvre supérieure et de la joue ont été enlevées. La perte de substance mesure 8 centimètres dans le sens transversal, et quatre travers de doigt environ dans le sens vertical. La plaie est pansée antiseptiquement à plat, avec de la gaze iodoformée, de la gaze de Lister, du coton hydrophile, le tout recouvert d'un morceau de mackintosh et maintenue à l'aide d'une bande de tartalane phéniquée. Pour empêcher que le pansement ne soit vite mouillé et traversé par les sécrétions de la bouche et de la plaie, on le fait volumineux et aussi bien fermé que possible.

Aucun accident ne vient troubler la guérison. La fièvre traumatique a été nulle.

CONCLUSIONS

1° L'épithélioma de la lèvre inférieure survient surtout chez l'homme ; il est très rare chez la femme.

2° Le tabac a une grande influence étiologique, peut-être agit-il en produisant la leucoplasie buccale sur laquelle se greffe ultérieurement le cancer.

3° Le cancer est généralement latéral. Il s'accompagne rapidement d'adénopathie, marche vite une fois ulcéré et détermine la mort deux à trois ans après son début.

4° Le cancer de la lèvre inférieure récidive presque toujours, malgré l'ablation en apparence complète.

5° Le diagnostic est très difficile parfois ; c'est surtout avec la syphilis et particulièrement l'accident primitif qu'on aura à le poser.

6° Le pronostic est grave dans beaucoup de cas et doit toujours être réservé.

7° Le traitement doit être l'exérèse totale le plus rapidement possible ; elle doit comprendre les ganglions s'ils sont dégénérés. Si le délabrement est grand, il faudra faire la cheiloplastie.

Vu par le Président de la thèse,
LE DENTU.

Vu :
Le Doyen.
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer ;
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT. — Lehrbuch der Chirurg. Edit. Vienne 1891, t. I, p. 204.
- BARRIER. — Compte rendu des opérations pratiquées en 1850, Gazette médicale de Lyon, 1852.
- BÉRARD. — Dictionnaire de méd. A, XVIII, p. 55 et A. XII, p. 347.
- BERGMANN. — Soc. méd. int. de Berlin, 1887.
- BOUISSON. — Du cancer buccal chez les fumeurs, Montpellier. méd. 1859.
- BROCA, — Bull. de la Soc. anatom. p. 390 ; Paris 1853.
- COLLET. — Th. Paris 1894-95.
- COMBE. — Bull. général de Thérap. 1853, p. 315.
- CORNIL. — Bull. Soc. Anat. Paris 1887, p. 340.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire art. Lèvres.
- DUPLAY ET RECLUS. — Traité de Chirurgie.
- ESCHWEILLER. — Deutsche Zeitschrift für Chir. Leipzig. 1889, t. XXIX, p. 357.
- HANNOVEV. — Das Epithelioma ; Leipzig, 1852.
- HEURTAUX. — Du cancroïde en général, thèse de Paris 1860.
- KUSS. — Gaz. méd. de Strasbourg 1846, p. 109.
- LABBÉ. — Bull. de la Soc. Anat. Paris 1856, p. 327.
- LEBERT. — Physiologie pathologique, A. II. 1845.
- LEBERT. — Traité des maladies cancéreuses. Paris, 1851.
- LEBERT. — Mémoires de la Soc. de chir., Paris, 1851.
- LEBERT. — Anat. path. illustrée, Paris, 1855.
- LEBERT. — Mémoires de la Soc. d'observation, Paris, 1856.
- LE DENTU ET DELBET. — Traité de Chirurgie.

- LEDUAN. — Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, Paris 1757.
- LEWIN. — Berklín. Woch 1880, p. 350.
- MAYOR. — Recherches sur les tumeurs épidermiques, th. de Paris, 1846.
- METAXAS. — Th. Paris 1886-87.
- MICHON. — Thèse sur le cancer cutané, Paris, 1848.
- NOËL. — Th. Doct. Paris, 1878.
- OLLIER. — Recherches sur la structure des tumeurs cancéreuses. — Montpellier, 1856.
- POHL. — Arch. path. anat. Virchow, 1855, p. 348.
- RAYER. — Traité des maladies de la peau, Paris, 1836.
- REVERDIN ET MAYOR. — Rev. méd. de la Suisse Romande. Genève, 1885.
- RIGAUD. — De l'anaplastie des lèvres, thèse de concours, Paris 1841.
- ROBIN. — Note sur quelques hypertrophies glandulaires, gaz. des hôp. 1852.
- ROKITANSKY. — Handbuch de pathol. anat. p. 385, Vienne, 1846.
- SÉDILLOT. — Recherches sur le cancer, Strasbourg 1846.
- SERKE. — Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face, Montpellier, 1842.
- VELPEAU. — Clinique chirurg. 1841.
- VIRCHOW. — Gaz méd. de Paris 1855, p. 208.
- VIRCHOW. — Arch. f. path. A. III, p. 222, Berlin, 1851.
- VIRCHOW. — Gaz. hebd. p. 125. Paris 1855.
- VIRCHOW. — Path. cellulaire, Arad. de Picard : 1860.

